

平成29年度（第6回）東京都地域がん登録事業運営委員会

平成29年7月11日

【中坪健康推進課長】 それでは、定刻となりましたので、1名の委員の先生はまだいらっしゃっていませんけれども、ただいまから平成29年度東京都地域がん登録事業運営委員会を開会させていただきます。

委員の皆様方におかれましては、大変お忙しいところ、お集まりいただきましてまことにありがとうございます。

議事に入るまでの間、私、東京都福祉保健局保健政策部健康推進課長の中坪が進行役を務めさせていただきます。よろしくお願いたします。着座にて失礼いたします。

まず、お手元の資料の確認をさせていただきたいと思います。一番上にあるものが、資料1から資料5-3までになります。あと、あわせて参考資料1から4までが1枚目のクリップにつづられております。あわせて分厚いもの……。失礼しました。資料6-1までが1枚目のものにとめられております。それで、資料6-2につきましては、A4のつづりと、あとA3で横に大きいものがございまして、別につづられているところがございます。あと座席表がお手元にあるかと思ひます。もし途中で資料等不足とかがありましたら、事務局のほうにお伝えいただければと思ひます。

続きまして、委員の紹介に入らせていただきます。平成29年2月から新しい任期が開始されてございますので、資料2の委員名簿に沿ってご紹介させていただきたいと思ひます。

まず、武蔵野大学法学部特任教授の樋口範雄委員でございます。

【樋口委員】 樋口と申します。よろしくお願いたします。

【中坪健康推進課長】 国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録センター全国がん登録室長の松田智大委員でございます。

【松田委員】 松田と申します。よろしくお願いたします。

【中坪健康推進課長】 都立駒込病院副院長の五嶋孝博委員は本日欠席でございますので、代理といたしまして駒込病院課長代理がん拠点事務局の内野智子様でございます。

【五嶋委員代理（内野氏）】 今日代理で参りました内野と申します。どうぞよろしくお願いたします。

【中坪健康推進課長】 東京都医師会の地域保健担当理事の渡辺象委員につきましては本日欠席の予定となっております。

東京都医師会病院担当理事の新井悟委員につきましては、出席予定ですけれども、まだお見えになっていない状況でございます。

続きまして、世田谷区世田谷保健所長の辻佳織委員でございます。

【辻委員】 辻でございます。よろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 町田市保健所長の広松恭子委員につきましては本日欠席でございます。代理といたしまして町田市保健所健康推進課長の田中利和様でございます。

【広松委員代理（田中氏）】 本日は広松の代理で、健康推進課長の田中と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 北区区民部戸籍住民課長の浦野芳生委員でございます。

【浦野委員】 浦野でございます。よろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 生活文化局広報広聴部情報公開課長の田中延広委員でございます。

【田中委員】 田中でございます。個人情報保護制度を所管しております。どうぞよろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 東京都多摩立川保健所長の早川和男委員でございます。

【早川委員】 早川でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 福祉保健局保健政策部長の矢内真理子委員でございます。

【矢内委員】 矢内でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 続きまして、事務局の紹介をさせていただきます。

繰り返しになりますが、私、保健政策部健康推進課長の中坪でございます。よろしくお願いいたします。

【田淵地域がん登録担当課長】 事務局の地域がん登録担当の田淵と申します。よろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 健康推進課地域がん登録担当の石田でございます。

【石田地域がん登録担当】 よろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 同じく健康推進課地域がん登録担当の細萱でございます。

【細萱地域がん登録担当】 細萱です。よろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 医療政策部歯科担当課長の三ツ木でございます。

【三ツ木歯科担当課長】 三ツ木でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

【中坪健康推進課長】 以上、よろしくお願いいたします。

次に、委員長の選任をさせていただきたいと思えます。資料1に戻っていただきまして、こちら、東京都地域がん登録事業運営委員会設置要綱第5の2をごらんください。こちらにありますように、委員長及び副委員長は委員の互選により選出することとなっております。どなたか推薦をいただけませんかでしょうか。

【松田委員】 よろしいでしょうか。

【中坪健康推進課長】 松田先生、お願いします。

【松田委員】 僭越ながら、私から推薦させていただいてよろしいでしょうか。委員長につきましては、前期も担当していただいた樋口委員を、それから副委員長につきましては、拠点病院の代表ということで、本日欠席ではありますけれども、都立駒込病院副院長の五嶋委員を推薦したいと思えます。

【中坪健康推進課長】 ありがとうございます。ただいま松田委員から、樋口委員を委員長に、五嶋委員を副委員長にとご推薦がありましたけれども、皆様いかがでしょうか。

(「異議なし」の声あり)

【中坪健康推進課長】 ありがとうございます。それでは、樋口委員を委員長に、五嶋委員を副委員長に決定させていただきたいと思えます。

恐れ入りますが、樋口委員長、委員長席にお移りいただければと思えます。

では、早速でございますけれども、これからの進行役を樋口委員長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

【樋口委員長】 樋口と申しますが、私は、もう何年かちょっとわからないんですが、この地域がん登録を東京都で始めるという段階からかからわせていただいて、そういう意味では非常に縁があって、いよいよ国レベルのがん登録との接合のぐあいとか、いろいろ難しい問題は相変わらずあると思えますけれども、いろいろ聞かせてもらえればと思っております。

それでは、今日の議事はその次第にあるように5点用意されているわけで、早速始めたいと思えますけれども、自由に途中ででもご意見、ご質問があったら挟んでいただいて構いませんので。それで、議事の1が、東京都地域がん登録の状況です。前回の運営委員会、私はもう覚えていませんが、去年の2月だったということなんですか。それから1年5カ月経過しているということで、その間を含めた現時点での運営状況ということで、

まず議事の1に入りたいと思います。事務局から説明をお願いします。

【田淵地域がん登録担当課長】 それでは、事務局からご説明申し上げます。まず、資料に沿ってご説明申し上げます。資料3-1をごらんください。

東京都におけるがん登録事業というものにつきまして、2番目のスライドにお示したとおり、いわゆるPopulation-based、人口をベースにしたがん登録事業、これは2012年から開始しました地域がん登録事業、それから2016年から全国的に始まった全国がん登録事業というのがございますが、これは私どもが実施しているところでございます。これ以外に院内がん登録事業というのがございまして、こちらはがん医療の評価という観点からやっておりますが、これは今、事務局側におります医療政策部の所管になっております。

東京都地域がん登録室は、駒込病院内に設置されております。がん登録の個人情報の扱いにつきましては、安全管理措置マニュアルに沿って遂行しております。これは後ほどご説明いたします。

それでは、3番目のスライドに移らせていただきます。皆様はもう十分ご承知のことと思えますけれども、Population-based のがん登録の仕組みを図示させていただきました。これを簡単に申しますと、病院等医療機関から、「病院等」というのは、がん登録等の推進に関する法律で定められた用語で、病院と指定された診療所というところになりますが、ここからがん診療の情報を届出票という形で集めます。一方、人口動態調査の所管機関から死亡票という形で情報を収集します。死亡票の意義は、予後の同定と、届出票で不足しているがん情報の補完ということになります。これらの情報を整理いたしまして、最終的に1腫瘍1件、1つのがん1件という形で登録をして、最終的にレポートといたすものでございます。

それでは、4番のスライドをごらんください。地域がん登録事業で届出票を収集した状況をグラフに示しました。診断年というのはあまり届出がなされないもので、翌年の末までにその前の年の診断を集めていくというプロセスになります。ただ、事業開始期ということで、2012年のものが赤い四角のところで示されていますけれども、そうすると、2016年になっても5,300件ぐらい出ているということがわかると思います。事業開始期というのはどうしても届出が遷延する傾向がございます。

なお、2015年には、2012年の罹患症例を正確に出すためには過去の症例が必要だということで、拠点病院等に呼びかけて、2011年以前の症例を出していただきました。

た。これによって2012年症例の精度が飛躍的に向上いたしました。

5番のスライドをお願いします。5番のスライドをごらんいただきますと、死亡票の収集状況をお示ししています。この死亡票というのは、後に述べます死亡数とは違います。これはあくまでも罹患を出すための死亡票でございますので、このがん死亡というのはがん死因の死亡とは違います。後ほどお示ししますががん死というのはがんが死因で亡くなった方、こちらのほうはがんが記載されている死亡数ということで、若干がん死亡票というのは実際の死亡数より多くなっております。大体がん死亡票と非がん死亡票は1対2の関係になっております。このような形で情報を収集いたしました。

それでは、6番のスライドを見ていただきましょう。地域がん登録の業務の進捗。大体今年の秋口までにはほぼ地域がん登録業務は全て終わらせる予定でおりますけれども、当初は非常に苦労いたしました。業務の手順が非常に煩雑だったということもありまして、なかなか業務が進みませんでしたけれども、その後、効率化を図り、業務の進捗を進めてまいりました。さらに、昨年9月以降は、全国がん登録の仕組みが入ってまいりましたので、その仕組みに合わせる形で業務を進めてまいりました。これは先ほども申しましたように、今年9月までに移行しまして、来る全国がん登録のデータと照合が十分できるような体制にしております。

それでは、次のスライドをお願いいたします。7番のスライドで、がん登録というものは、ただ集めればよいというものではありません。がん登録がいかにきちんと集められているかということが必要になってまいります。このためには、100%がんの情報が集めればよいのですけれども、それはなかなか難しいということで、先ほど来申し上げているがん死亡票と。がん死亡票というのは、先ほども申しましたように、死亡診断書にがんが記載されている死亡票という意味でありまして、死因ががんという意味ではありませんが、それを補完する形で情報を整理いたします。そうしますと、届出がないのにがん死亡票があるというものが出てきます。それをDeath Certificate Notification、DCNと称しております。このDCN症例というのは、届出票に比べると記載内容が不十分でありますので、医療機関に照会いたしましてお答えをいただいたもの、これを照会することをさかのぼり調査というのですけれども、そのさかのぼり調査の結果集まったものはほぼ届出票と同じなのですけれども、それも答えがなかったものを結局死亡診断書だけで判断しているということで、Death Certificate Only といいます。がんの精度は、基本的にはDCN、DCOをいかに下げるかということが一つの狙いでありまして、いきなりDCNを下げると

というのはなかなか難しいのですが、これは次の次のスライドのところでご説明いたしますけれども、先進県においては最初のころはDCNが50%近くあったといった話も聞いております。

それでは、8番のスライドをお願いします。この図は、事業開始期になかなかそれ以前のデータがないことによって十分当年罹患を定めることが難しいということをあらわした図です。もとより届出されないという症例があります。これをオレンジの色のところでお示しました。当年罹患の分というのは、オレンジの部分と斜線で示した部分が完璧にわかればいいのですが、オレンジの部分はわからない。逆に、届出票で過去の症例かもしれないところが、過去の症例がないことによって、余分に数えられてしまう。死亡票も同じで、亡くなった年に全て罹患するわけではありません。数年前あるいは何十年前にかかったという情報が死亡票として集まってまいります。そういった情報がわからない。そこを赤で示しております。この緑の部分と赤の部分が余分にカウントされ、オレンジの部分が不足するということが起きます。これを少しでも少なくしようということで、2015年には2011年以前の症例を集めました。

その結果が9番のスライドに示したとおりですが、受領率の推移を示しています。最終的にはこのゴールは100%のところから減っている部分というのはDCOという指標になりますけれども、最初から2年目の末というところが一応受領の締め切りということでお知らせしたのですが、その段階で集まったのは6割強ぐらいのところでありました。それですとDCNが37.8%ということで、先ほどお示したB基準にも達しないということで、これからどうやって情報を集めていくかということで、過去症例の要請をいたしましたところ、最終的にはDCNが18%まで下がりました。その後、さかのぼり調査、それから、それと同時に新規届出票も一緒に出てくるという形になりましたので、最終的にDCOが13.3%まで下がったということがございます。こういった形で、任意の届出制度による地域がん登録というのは強制力を持ちませんので、なかなか情報がきちんと集まってきにくい状況にありました。そこで、ちょうど時期が東京都の事業が始まった時期と同じくらいに全国がん登録の仕組みが法制化されて、2013年12月に公布され、2016年1月1日に施行されたということになります。

この仕組みを10番のスライドに簡単にお示しました。要するに簡単に申しますと、全国がん登録というのは、病院等に対しまして義務ということになります。それは各都道府県にとりましては、法定受託事務という形で粛々と行われるということになります。

それから、院内がん登録との関係が、最初にちょっと申し上げましたけれども、これまでは院内がん登録と地域がん登録というのは、協力関係を保ってはいましたけれども、別個の仕組みでありましたのが、法に基づいて、完全な整合性になったというのが全国がん登録の状況です。これによって、院内がん登録をやっている施設では、全国がん登録がデータを丸められることなく、きちんと反映されるということになりました。

それから、この全国がん登録のもう一つの特徴は、報告までの期間が大幅に短縮されたことです。2016年症例でいいますと、2019年3月までには報告書の形で報告するということが目標となっております。

ということで、精度も上がり、それから迅速性も増したというのが全国がん登録でございますけれども、地域がん登録でよく問題になっていたことがあります。それを11番のスライドでお示ししました。地域がん登録というのは、都民を対象としたデータでございます。これは、すなわち診断時に都民であった方及び死亡時に都民であった方を対象とするというものであります。しかしながら、東京都民の場合、都民とは何ぞやということになりますけれども、一定の場所にずっと住んでおられる方というのはなかなか少ないので、診断から亡くなる時までずっと都内にとどまっておられる方というのはそう多くないとされております。5年で1割程度の方が出入りするということでもありますし、都内に住んでいる1割近くの方は都外の医療機関を受療するというので、診断時の都道府県、それから受療した都道府県、死亡時の都道府県、それから死亡時の病院の都道府県という組み合わせでやりますと、16通りあります。もちろん、全部都内という方が一番多いでしょうけれども、おそらくそういう方は8割ぐらいであろうと思われま。それ以外のパターンの情報というのは必ずしも完全に得られるとは限らないということをお示ししました。

例えば、診断時居住が都内であっても都外の医療機関を受診された方は、地域がん登録では届出票を集めることができません。ところが、そういうものに対して、全国がん登録では完全に情報が入ってくる仕組みになりました。一方、全国がん登録では、都民ではない方も、医療機関が都内にあれば、全部収集するという形になります。これはそれぞれトレードオフの関係で、東京都で集めて他県のために役に立つ、あるいは他県が東京都のために役に立つという形になっております。

また、死亡票は全国レベルで照合が行われますので、これまでは予後の追跡というのは非常に苦労してきましたけれども、それが全国レベルで照合がされるということで、それ

だけでも予後をほぼ確実に決めることができるということになります。

このような形で、全国がん登録がより精度の高い仕組みを担保しているということがわかりいただけたかと思います。これが実際にどうなるかというのはわからないのですけれども、そのような仕組みとなっております。

それから、このようなものを全国レベルで集めると、個人情報を名前のついた形で集めるということで、個人情報管理体制はどうかということになりますと、国のほうでも、なるべく個人情報がばらばらな管理にならないようにということで、病院等から出されたデータというのは国のサーバーのほうに入る形で管理されて、一元管理されるという仕組みであります。ただし、情報を整理する労力というのは各都道府県がやるということですので、特殊な専用端末を使ってサーバーにアクセスして情報を整理していくという形がとられます。いわばクラウド型のがん登録管理体制ということになるかと思います。

13番には、全国がん登録のシステムに基づく業務という流れをお示ししました。がん登録というのは、一件一件の届出票の内容に不整合がないかというチェックをした上で、次に届出票間の照合、同じ人物かどうか、それから集約というプロセスで、同じがんかどうか、一人の人が複数のがんにかかることがありますので、それをチェックするということとなります。そのプロセスで疑義があれば、病院等に照会するという形になって、最終的に集約情報として登録されるということになります。

2017年度はこのような形で、地域がん登録のほぼ最後の段階の業務と、全国がん登録業務が本格的に稼働いたしますので、それを並行して進めていくということを14ページのスライドにお示ししました。

これが東京都の地域がん登録事業の概要でございます。以上です。

それから、先ほど指定診療所ということを申し上げましたけれども、資料3-2-1、3-2-2には指定診療所の一覧を示しております。これは、がん登録推進法の第6条の第2項及び症例第14条に基づいて、原則として1月1日付で指定すると、2016年1月1日付で14施設、2017年1月1日付で28診療所を指定いたしております。これは、それぞれの指定した日からがん登録の届出対象となります。

以上です。

**【樋口委員長】** ここまでの説明をいただいて、何かコメントとか質問とかがあればお伺いしたいと思いますけれども、いかがですか。

ちょっと松田先生もおられるので、田淵さんでなくてもどちらでも、2点、一番基本的



なことですけれども、まず今のところでは、これで全国がん登録というのが始まりました。スライド10のところにあるように、この2つ、今まであった地域がん登録と、もちろんもう一つ、院内がん登録とがあるわけですが、今度はちゃんと登録が義務化されましたというわけですね。それで、今までは任意だったからこのDCNとかDCOとか、どうしても届出がない部分があって、それをさかのぼり調査せざるを得なくなったと考えると、楽観的に考えると、今後は、これは義務化されたのだから、このDCNとかDCOみたいな話はどんどん少なくなっていくと素人ながら考えていいものかというのが1つ。

2つ目は、もう少しぼやとした話で、今まで院内がん登録、地域がん登録、それぞれの地域で努力されてきたわけですね。今度、法律に基づいて全国がん登録という、これはさっき説明がもうあったのかもしれないんですけども、繰り返しになるかもしれないんですけども、この全国がん登録と、東京都でいいんですけども、地域がん登録及びその院内がん登録というのが今後どういう位置づけになっていくのかということをお聞かせ願えますか。

【田淵地域がん登録担当課長】　まず第1点目の、義務化されると、この最初の3番目のスライドにもお書きしましたように、先生のおっしゃるとおり、届出が義務化されます。そうすると、それで最初のころはそれまでの地域がん登録がまだ継続しておりますので、それとの関連でまだ十分でないのを引きずっておりますので、必ずしも楽観を許しませんけれども、全国がん登録がどんどん続いていく形になりますと、さかのぼり調査の役割は大幅に減少すると考えられます。というのは、DCNが大幅に下がっていく。がん登録先進国におかれましては、最終的なDCOは1%未満という国もあるようですので、そうでなくても多くの国が2~3%。日本ではいまだに多くの都道府県はそこまでいくのは難しく、10%を超えているところはかなり多いということになります。

【樋口委員長】　ちょっと関連して、これは法学部にいるから、法律家しかそんなことは考えないわけですが、義務化したということの意味なんですけれども、義務違反に対する病院への制裁というのはあるんですか。

【田淵地域がん登録担当課長】　これは、病院に対しましては、施設名公表という形で一種の制裁がなされます。ただ、実際にそれが実効性を持つようにするためには、その病院ががん診療を行っているかどうかというのをどのように把握するかと。それがわかるためにがん登録をやるということですので、そのあたりの調整は今後の課題だろうと思います。

【樋口委員長】 制度のこの関係というのは、今後、地域がん登録、全国がん登録、さらについて院内も、どういう関係で理解すればいいんですか。

【田淵地域がん登録担当課長】 全国がん登録が16年から始まったといっても、ちょうど8番のスライドを見ていただくとわかるのですけれども、その分だけの情報でその分の罹患を決定することができません。過去のデータがないと、ほんとうに出された16年の症例かどうかということがわかりません。それにつきましては、法令で、都道府県における義務として、そういう情報を整理して行うこととあるのですけれども、その整理をするということを地域がん登録などとは書いていないのですけれども、実質、地域がん登録事業をやっていないと、この整理ができないということになります。したがって、これまでの地域がん登録の資産というのは非常に貴重な情報となります。東京都が2012年から事業をやったということも、大体がん登録事業が安定するまでに数年はかかると言われていますけれども、その12年からの貴重なデータが全国がん登録の精度を上げるのに役に立つということになります。

それから、院内がん登録につきましては、もともと院内がん登録と地域がん登録というのは、それぞれ別個に、それぞれ影響を与えながら進歩してきたというところがありますが、病院等、特に拠点病院におかれましては、それぞれ別に出すというのは非常に苦勞するところでありまして、だんだん歩み寄りをして、院内がん登録の拠点病院におけるほぼ強制的なところがありましたので、そのデータが同じ形であれば、非常に提出がよいということになりますけれども、そのすり合わせが今度の全国がん登録の施行にあわせて行われました。したがって、院内がん登録のサブセットという形で全国がん登録が行われます。項目としては完全にサブセットになりました。

それから、これは実務的、プラクティカルな問題なんですけれども、拠点病院にとりましては、届出を出すのに、一回ぼんと出せば済むような仕組みにしてほしいという声がありました。国はそういう要望に鑑みまして、ちょっと12番のスライドに書きましたように、オンライン接続サービスというのがありますけれども、現在まだ院内がん登録と全国がん登録は違う仕組みで当面は出すのですけれども、それが一回出せば済むような仕組みに今後していくというところで、全国がん登録オンラインシステムというのがオンライン接続サービスの上にありますけれども、その左側にX、Yとかと書いてありますけれども、院内がん登録のようなものもこのような形で一遍に出せば済むという形になるという話があります。

【樋口委員長】 ありがとうございます。

ほかの委員の方で何かあれば。どうぞ、松田さん。

【松田委員】 スライドの6枚目でお伺いしたいんですが、このがん登録実務者の表現で、3等分されていて、非常勤1、非常勤1+委託3.5、非常勤1.3というのは、これはこの非常勤1名が2012年7月から2013年11月までのデータに当たっていて、この真ん中の行というか欄の方は両方に当たっているといった説明でしょうか。

【田淵地域がん登録担当課長】 失礼しました。これは、表現がちょっとまずくて、2012年7月の段階では非常勤職員が1名だけだったと。それで2013年11月ないしは12月の段階での陣容が……。

【松田委員】 委託3.5が増えたような形。なるほど。

【田淵地域がん登録担当課長】 間違えました。この非常勤は1ではなくて3ですね。これはミスプリです。〈注 この部分の発言は間違い。1で正しい。〉

【松田委員】 現状は非常勤1.3名ということですか。

【田淵地域がん登録担当課長】 現状は非常勤1.3で、現在も同じです。

【松田委員】 わかりました。この点についても一つお伺いしたいのが、田淵課長がおっしゃったように、2016年症例からは東京都民以外の方の情報も各病院から上がってきて、特に東京都ですと、3割ぐらいが他県患者さんだといった想定がされているので、2017年後半ぐらいにそういった大量の情報があることが想定されていますが、この非常勤1.3名という体制で一応回すことができるといった状況でしょうか。それともこれから増員されるということがあるのでしょうか。

【田淵地域がん登録担当課長】 これまでの全国がん登録システムの業務を昨年から行っておりますけれども、その状況を見ていますと、全国がん登録の場合には法定文書でありますので、むしろ届出する医療機関側できちんと情報が書かれている、それから届出のフォーマットがきちんとしているということが守られれば、それ以降の業務というのは、むしろ業務量が非常に効率化していると考えられます。特に松田先生をはじめ、国立がん研究センターの方は、NCRと書いてありますけれども、全国がん登録システムの開発に非常に尽力していただきました。我々もこのようにしてほしいということを開発者側に強く要望を出したこともあるのでしょうか、非常に効率のいい仕組みを提供していただいております。したがって、がん登録業務といっても、実際に登録をしている業務よりも、届出内容の確認を医療機関にするとか、医療機関に対して情報提供をする、さらには医療

機関のがん登録実務を、言い方はあれですけれども、教育していくといったところに力点がいくのではないかと考えています。必ずしも、いわゆる狭い意味での登録業務はむしろ、これだけ件数があるとしても、業務量としてはさほど増えないか、逆に減るといった印象を持っております。死亡票の情報を扱わないということもありますので、それは十分対応可能な人員だと思っています。

【樋口委員長】 ありがとうございます。後でまた（１）の議題に戻ってくることもできますので、議事を進めたいと思います。（２）都道府県がん登録審議会対応についてというところへ移りたいと思いますが、お願いいたします。

【田淵地域がん登録担当課長】 それでは、資料４をごらんいただきたいと思います。資料４は、裏表１枚の資料でございます。

がん登録等の推進に関する法律におきましては、がん登録等の情報の利活用の推進ということがうたわれております。これは、根拠に基づいたがん医療ないしはがん対策ということで、このように法で明快に示されています。

そのために、利活用を推進するのですけれども、３枚目のスライドに示しましたように、利用主体によっていろいろな法での規定がされています。大きく分けて国、都道府県、区市町村、病院等、それから研究者で、研究者の場合、複数の都道府県のがん情報を扱うか、単一の都道府県のがん情報を扱うかということでそれぞれ規定がございます。それを利用する場合の所管というところが、国と都道府県で分担されます。それを利用する場合の審議が必要だということも法で定められておりまして、国が行うものは国の審議会、それから研究者で複数都道府県のがん情報を用いる場合は国の審議会、それ以外は都道府県の審議会が審議する。ただし、病院等の場合のがん予後情報につきましては、審議なしに予後情報を提供することががん登録法２０条に明記されておりますので、ここの部分は審議会マターではないのですが、それ以外は全て審議会を行うと。問題となるのは特に自治体への利用ということで、都道府県審議会が必要であると。これは、東京都が報告書として罹患集計ないしは生存率集計を出す場合におきましても都道府県審議会が必要と松田先生からは伺っております。それから、研究者の場合も同様でありますけれども、このような利活用の手続・審査に関しましては、国の方針待ちで、まだ準備中でございます。

審議会につきましては、実際にはこれまでの国からの情報によりますと、現在この運営委員会がそれに相当するという説明をいただいております。この点につきましてはちょっと後ほど松田先生からもコメントをいただければと思います。

その前に、病院等の利用主体で、がん登録の予後情報ということを提供する。先ほどがん登録が義務化されたということで罰則規定があるという話がありましたけれども、逆にインセンティブはということになりますと、予後情報提供というところで、特にがん専門病院におきましては、予後情報というのは非常に貴重な情報であります。今はいろいろなエビデンスを出すにしても、予後の判明しない情報、これを医学では経過観察の脱落例とか、英語では censored と言われますけれども、そういった症例があまり多いと、追跡が十分されていないということになりますと、実は若干生存率がよくなってしまふということがありますけれども、それは過大評価になってしまいます。そういうことがあると質があまりよくないということで、そういう情報が広くわたってしまうと問題であるということで、がん拠点病院等では予後情報が希望されていたわけですが、その情報が提供されるということになります。ただし、これはこれまでの説明ですと、患者ごとの診療録にこれを転記してしまうということは不可能とされています。実際これが提供になるのは、2016年のデータが報告書として使える段階、要するに2018年12月にほぼできると今では見込まれていますので、そうしますと2019年1月ごろ以降となる見込みとされています。

ということで、それぞれの主体ごとにデータの利用が行われるということですが、都道府県審議会につきまして、松田先生、何か追加がございましたら、お願いいたします。

**【樋口委員長】**      どうぞ。

**【松田委員】**      今ご報告いただいた内容どおりだと思うんですが、審議会について法律上で何か制限があるかという点、メンバーでがん予防とかがん研究の専門家、それからその個人情報保護に関する専門家が入っていることという点だけですので、人数、それから会の開催の頻度といったことは、国のほうから推奨されるということはあるとは思いますが、特にこうでなくてはならないということが今後も示されることはないと思います。先ほどもお話があったように、この会をそうしたがん登録の都道府県がん情報の利用の審議会と置きかえて、そのままこの会もしくはこの会のメンバーの一部ががん登録データ利用に関して申請の判断を行うといった位置づけで問題ないのではないかなと思っております。ですので、これについて改めて何か違う会を設置するといった必要はないと考えておりますので、現在の会を有効利用するのがいいと私は考えます。

**【樋口委員長】**      ありがとうございました。従来この運営委員会というのは、がん登録をきちんとやろうということだけでずっとやってきたのだけれども、今回、全国がん登録

が発足するに当たって、各都道府県でも、がん登録業務がきちんとやられているかだけではなくて、集めた情報をどう活用するかについて、誰でもいいからどうぞというわけにはいかないから、審査するような審議会という形にきなさいということなんですね、これは。

【松田委員】　そうですね。はい。今までですと、都道府県の情報については都道府県が一応管轄していて、管理して、利用するのも、言い方は悪いですけども、自分の持ち物として、例えば都庁の庁内の決裁で済ませていたというのを、外部の第三者の目で、その利用方法が正しいかどうか、それからきちんとがん対策に結びつくような評価、利用結果が出ているかどうかということについて審議するというに外の目を入れるというのが法律の精神になっております。

【樋口委員長】　そうですね。この点についていかがでしょうか。

しかし、これはちょっと松田さん、何か「松田さん」とかと言って気楽に聞いていいのかもしれないけれども、47都道府県でつくる必要はあるんですかね。国で一元的に、つまり情報自体はそれぞれ都道府県の範囲だけでもいいかもしれないけれども、結局、利活用の仕方について、何かそこでの都道府県で考え方が変わるのも変な話だという気がするし、審議会をいっぱいつくるというのもどうかというのは、ちょっともう一言。私は別の仕事もしてまして、それで一体何の仕事をしているのか、今思い出そうとしているんですが、法制審議会というのが法務省にあって、公益法人などについて、ちゃんと公益に合致しているかどうかというのを認定する委員会というのがもうできているんです。今度、信託についてもつくりたいというんですけれども、公益活動の範囲によってですが、47都道府県でそれぞれ公益認定をする組織をつくりたいというんですよ、公益認定をするので。それこそ複数にわたると、また国でももちろん一つ立派なものをつくって、それ以外にまた47つくるというのが、こんなところで時間をとっては皆さん忙しいのに申しわけないんですけども、大体、個人情報保護法自体が、これは後ですぐ次に問題になりますが、こんなに800とか1,000とか、条例を含めて個人情報保護法・条例というのをつくっている国は聞いたことがない。どうしてこのようになるのかなと、ここでもほんとうに47必要なんだろうかとというのが、ちょっとまた例によって悪い素人が疑問に思うわけです。そうすると、素人に「そうではありませんよ」と今一言おっしゃっていただくと、すぐ得心がいきますけれども、どうですか。

【松田委員】　それは2点ありまして、今までの地域がん登録で都道府県がそれぞれ自

立してがん登録事業をやってきたという背景を最大限に生かして、都道府県の自立性をと  
いうところと、もう一つは、がん登録の都道府県でがんの罹患の状況とか死亡の状況も違  
うので、それぞれに合ったがん対策を立てるために、国に一元化したほうがいいのか、その  
利用についても審査するというよりは、都道府県にそれなりに裁量を持たせて、都道府県  
がそれぞれ進めていくという発想があると思います。

あともう一つは、3点目になりますけれども、作業分担といいますか、負担が国立がん  
研究センターもしくは厚生労働省に集中すると、特にここで書かれている19条の利用と  
か、市町村ががん検診の精度管理のためにデータの提供を申請するというのを一元化して  
国のほうでやると、やはり大変ではないかということがありまして、こういったところで  
47都道府県に分担して、判断基準についてはできるだけ標準化して、非常に申請に対し  
て判断が緩い検討、厳しい検討ということがないようにといった発想で今進めているとこ  
ろでございます。

**【樋口委員長】** いやいや、ありがとうございます。とにかく東京都の会議で言っても  
しようがないようなことを私が無理やり言っているわけで、でも丁寧なご説明をいただい  
て、ありがとうございます。ともかく、がん登録審議会という名前のものを新たにつく  
る必要は、それは今後の東京都の判断なんだと思います。でも、一応この運営委員会をそ  
れに当たるようなものにして、そのスタッフというか、メンバーをどうするかはもう少し  
考える余地があるのかもしれませんが、今後の課題は残っているけれども、ゼロか  
らスタートという話はないですねということですね。

3つ目に行きましょうね。そうすると、個人情報の取り扱いというのが非常に難しい問  
題なので、その説明を伺いたいと思います。

**【田淵地域がん登録担当課長】** それでは、資料5-1から5-3の資料をごらんいた  
だきたいと思います。資料5-1は1枚の裏表のページです。これを中心にご説明いたし  
ます。

がん登録法が施行された後、改正個人情報保護法が5月30日に施行されましたが、こ  
れによって、それとともに医学系研究の倫理指針というものの見直しが行われました。そ  
れを見ますと、資料5-3を1ページめくっていただいて2番というところをごらんいた  
だきたいと思いますが、これまでの個人情報保護というのは、ラフに言えば、名前  
の部分が消せば匿名化といった形で使われている傾向がありましたけれども、これからは  
その情報の内容そのものが個人情報ではないかという形で捉えられるようになりました。

特に、名前を消しただけでも、例えば届出票の中身を見て、そこから個人を特定することが不可能ではないということで、要配慮個人情報と言われました。もちろん、名前の部分とか、ゲノム情報などがあればそれはそうなんですけれども、個人識別符号という形で、がん登録法のがん届出票はもう完全に個人情報であるという形になります。

これを出すに当たっては、倫理指針におきましては、インフォームド・コンセントを確実にとって、本人同意の取得が必要という形になりました。そこで、がん登録の届出に当たって本人同意の取得が必要ではないかという声が出てしまったので、これはがん登録法に書かれていますし、個人情報保護法でも、法に定める場合には、これを「法令の基づく場合」というところがありまして、利用目的による制限の例外というのが16条第3項にありますけれども、それに基づいて、全国がん登録は本人同意の取得が不要ということを改めて厚労省健康局長通知という形で資料5-2に示しますように通知が参りました。これは、全国がん登録のところにつきましては、法律をよく読めば、本人同意の取得が不要ということがわかるのです。ただ、そのように法令の文章として書いていないので、ほんとうにそうなのかという不安の向きがございましたので、改めてこういう通知が行ったのだと思います。院内がん登録におきましても同様の通知が入っています。

なお、地域がん登録のデータも、15年データあたりはまだ届出がなされていますので、それについてはどうかということで、こちらのほうにつきましては、「公衆衛生の向上又は」云々「本人の同意を得ることが困難である場合」ということが適用になって、やはり本人同意の取得は不要という通知があります。

なお、この健発0530第2号は自治体向けですけれども、病院等向けにはその第3号というのが出されております。内容は同文でございます。

本人同意につきましてはそれまでですが、もう一つ、個人情報の取り扱いにおきましては、今度はデータを整理する側におきましても厳正なる管理が必要ということで、これはがん登録等の推進に関する法律で、データの管理には十分に気をつけなくてはならないということがあります。

スライドの3ページにおきましては、それを行うための具体的なマニュアルを安全管理措置という形で国が示しております。都道府県がん登録室においてがん情報等の漏えい、滅失、毀損の防止その他の適切な管理を行うということになります。これは、実は地域がん登録時代にも同様の管理マニュアルがありましたので、それを継承したという形にはなっております。



この個人情報の安全管理ということにつきましては、特に組織的な安全管理対策というところで、登録室責任者は手順を整備して実施状況を確認するとあります。それにつきましては外部監査という制度も定められておまして、大体5年に1回ぐらい外部監査を行う体制が当面はとられるということになります。これは、業務委託として、がん登録の安全管理措置の監査ができる団体が行われるということで、昨年度は日本がん登録協議会が監査をしたということになっております。

当登録室におきましても安全管理措置対応を徹底することで、その安全管理措置マニュアルに沿いまして、がん登録室は完全専有化、実務担当者は専任化しております。

また、入退室の管理・セキュリティに関する職員教育を徹底いたしております。

また、物理的な媒体、紙媒体とか電子情報、CD-Rなどの媒体は、登録室内の保持を制限いたしまして、なるべくそれが無い状態で業務が行える、先ほど最初のところで申しましたクラウド型の情報管理体制に沿った形で運営していく。もし個人情報を持つ場合にも、適正に管理し、短期間かつ確実な廃棄を行います。

それから、がん登録の業務におきましては、どうしても外部との個人情報照会が必要になりますけれども、その情報流出の未然の防止の手順化ということで、連絡担当者を定め、連絡担当者の間のみでやりとりを行うということになります。これによりますと、例えば病院の開設者あるいは国とか自治体の長に当たるような方であっても、それは直接情報をやりとりすることはできないということになります。

それから、がん登録情報の移送における個人情報の管理につきましても、国が指定した方法を遵守するという対応をとっております。

以上です。

**【樋口委員長】** ありがとうございます。この個人情報の取り扱いに関係した部分で何かコメントないしご質問があれば受けたいと思いますが、いかがなものでしょうか。いかがですか。

それでは、何か思いついたことがありましたらまたということにして、4番目、「東京都のがん」2012年版の報告がまとまったそうなので、それについて伺いたいと思います。

**【田淵地域がん登録担当課長】** それでは、資料6-1、これは3枚のつづりですが、それからその実物であります資料6-2をごらんいただければと思います。資料6-1には、その報告書を要約した部分を集めて、若干の解説を加えております。

2番のスライドをごらんください。ここでは、がん登録の報告目標ということで、地域がん登録から全国がん登録という形で移ってまいりますけれども、まずは初回の報告というのは、最初のところで申しましたように、過去の情報がどうしても欠落している部分がありますので、精度を上げることが最大の目標になります。他県との関連で、なかなかその部分の精度を上げるとことは難しいのですけれども、少なくとも過去の分の症例が数年でだんだんと積み重なっていきますので、この精度を上げるように工夫していくということが、最初の数年の分の報告書の目標であります。5年目ぐらいになりますと、精度がかなり向上してまいります。全国がん登録が始まるということもありまして、A基準は目指したいと思っておりますが、その段階になりますと、全国比較を行ったり、地域間比較あるいは年次推移というものが見られるようになってまいりたいと思っております。それから、先ほど話がありましたけれども、自治体などのがん検診の精度管理にも使えるレベルになりたいと思っております。この段階でももちろん生存率の計算自体はできますけれども、本格的な生存時間解析、がんサバイバーの検討とか、そういうことになりますと、10年ぐらいたってからの報告書でそれが盛り込まれるようになるだろうと思っております。報告書の目標ということは、今回は当初の予告どおり5年後ということで何とかたどり着きましたけれども、今後、来年以降はそれを少しずつ短縮していきまして、全国がん登録になりますと、それが3年くらいで報告というところにまいりたいと思っております。

3番目のスライドをごらんいただきます。データを見る上で注意すべきことがあります。これは、例えば院内がん登録などの提示の仕方は、いろいろな表にして、コラムが50件未満のところは示さないといった使い方をしているところもあるようですけれども、希少疾患や細かい地域の分析には、その数が少なくなりますので、そのあたりは十分な検証と配慮が必要となります。最初にも申しましたように、事業開始期は全体の精度が不十分であることに留意する必要があります。集計上少ない件数というのは、統計学的な信頼性の問題があります。そのような方法は、例えば数年分まとめて行うとか、広い地域で比較するといった工夫が必要だと思いますけれども、あまり小さいと、意味のある比較ができない可能性があります。今はいろいろな統計モデルによる事前検証もできるようにはなっておりますけれども、まずは精度の向上というところであろうと思っております。

もう一つは、集計上少ない件数を示すと、例えば少数例であれば、数値のみでも個人同定の可能性があるという指摘がございます。したがって、単純集計であっても、個人情報保護に十分な配慮が必要ですが、一方で患者さんは希少疾患などではそういう

疾患の人がどのくらいいるのかということを知りたいという希望もあると言われていた  
ので、何でも制限ということではなく、そのような十分な配慮の上、公開していくとい  
うことになると思います。これも精度があつてのことでもありますので、精度を上げるとい  
うことは全ての前提となります。

以上のコメントの上で、2012年報告書の一部をご報告させていただきます。  
スライドの4番は、報告書のデータの概要を示しております。2012年の症例でありま  
す。具体的には、2012年に診断がなされた症例ですけれども、死亡データにつきまし  
ては、その1月1日から12月31日の間に亡くなった方ということになります。

届出票は、先ほども申しましたように、5年以上かかって順次届出を受領いたしました。

さかのぼり調査は、昨年7月1日以降実施しております。集計日は今年の3月1日現  
在の値で計算しております。

対象疾患は、ここに述べられたようないわゆるがんであります。

精度指標を申しますと、先ほど来申しているように、DCN割合が18%、DCO割合  
が13.3%ということになります。

死亡統計の部分につきましては、人口動態調査結果を転写しております。

届出票の受領状況というのは、先ほども別のスライドでお示しましたように、201  
2年から2016年にかけて継続的に受領いたしました。

医療機関別の種別ということを示しておりますけれども、医療機関数では拠点系  
病院は4割弱の病院数であります。症例としての届出件数では9割近くを拠点系病院が  
占めているということがわかると思います。

それでは、7番のスライドをごらんください。部位別・性別罹患数という形でお示し  
しております。ここでは上皮内がんを除くという形で、上皮内がんを含むのはまた報告書の  
ほうに記載しております。男子の件数は4万7,231件でございます。最も多いがんは胃  
がんとなります。その後、大腸がん、それから前立腺がん、肺がんという順になります。  
女性では、3万7,589件ありますが、乳がんが断トツに高い数字になっております。  
全体の4分の1弱を占めるということで、女性の乳がんが非常に多いことがわかって思  
います。

これは単に件数ですので、それがどのくらい多いのか、少ないのかということをお示し  
したのが8番のスライドであります。これを見ますと、全国と比べて胃がんが男子では少  
ないことがわかると思います。女性では、年齢調整罹患で乳房が全国推計に比べてかなり

群を抜いて高いということがわかると思います。この値は、全国の報告と比べましても一番高い値になっております。ここでいう全国推計値というのは、先ほど精度の高い県を集めた28県件のデータによる推計値でございます。これは8番のスライドの右側に示した県から推計しているものであります。

9番のスライドに行ってくださいまして、年齢階級別の罹患数を人口10万対でお示しました。そうしますと、60歳以上では男子が多いということがわかるのですが、40歳前後の世代におきましては、女性のほうが罹患率が高いということがわかると思います。これは報告書のほうでは各がん種別に示しておりますけれども、これは女性の乳がんの影響が高いということになります。

それから、発見経緯別割合を10番のスライドにお示ししています。ここにお示したのは、検診が行われているがん種でありますけれども、それを見ても、赤色で示した検診の割合は必ずしも高いものではなく、どこの段階でも症状受診に比べて低い値になっていきます。肝及び肝内胆管につきましては、経過観察によるものが最も高くなっておりますけれども、これは肝炎ウイルスあるいはその後の肝硬変の経過を見ているのを反映していると思われまます。

それでは、最後のページで、11番のスライドは死亡データをお示ししています。これは、人口動態調査の統計に基づくものを転写しております。こちらに示しているがん死と非がん死亡というのは、死因ががん死、死因が非がん死で、最初にがん死亡票で示したものは、がんが記載されているがんというところで、割合も違ってまいります。がん死の割合は、男性では3分の1、女性では4分の1強という形になっているのがわかると思います。

死因は、男性では肺が最も高く、胃、大腸と続くということになります。女性では、乳がんは必ずしも死因の1位ではなくて、肺が1位で、大腸が2位ということになります。

今のは死亡数でありますけれども、これを年齢調整罹患にしてみますと、死亡数に呼応する形で肺がやはり高いですけれども、これは全国値よりも低くなってまいります。女性では、件数に比べて調整死亡率では乳房が高くなっておりまして、これは全国値よりも高いという値が示されています。ちなみに、ここでいう全国値は、全ての都道府県のデータが使われております。

こういう形のもの、ここに抜粋したのは全体の数値でありますけれども、それに解説を加えて、資料6-2の形でお示ししています。

数表につきましては、表3-1からお示したとおりでございます。この中には、付表と

いう形で詳細部位別あるいは詳細地域別もあわせて掲載されていますが、非常に小さな区域の数値が入っていますので、この値の意味につきましては今後十分な検討が必要だと考えられます。

報告書の概要につきましては以上のおりです。

**【樋口委員長】** 東京都でがん登録事業を始めて、こういう2012年症例報告書といったものができるのは、きっと初めてなんですよ。

**【田淵地域がん登録担当課長】** はい。

**【樋口委員長】** これを今日概要のところでご説明を伺っている限りでも、非常に興味深い点が見つかる、ただ、幾つかは一番初めにただし書きがありますので、気をつけないといけないと思うんですが、これは、まずどういう形で公表するものなんですか、今回の報告書を都民に対してというのは。

**【田淵地域がん登録担当課長】** これは都民に対してですけれども、ほかの最終的にはウェブでも公開される形で、オープンに公開されるという形になります。データ等も、昨今のオープンデータ化という形で、誰でも見られるという形になると思います。

**【樋口委員長】** だから、さっき田淵さんがご説明してくれたように、今回が初めてであって、まだこれは、読み方は簡単にはわからないと思うんですよ、これを示されただけでは。だから、この注目すべきところというのと、逆に注意して、ここで初めに出了ものでどれだけのことが言えるかということは、まだここへ統計学的な信頼性の問題というのが一番初めに指摘してあるわけで、そういう点を何か注意書きをごく素人がわかるような形で、それでこういうところが少なくとも統計的に出てきたものとしては注目すべきところですか、そういう形で要約をつけてくださるとありがたいと思うんです。今おっしゃってくれた説明でいいと思うんですけれども、何か中坪さんのほうでありますか。これは、せっかく集めてきて、こうやって何かが出てきたんだというのは出したいと思っておられると思うんですけれども、出し方がなかなか難しいかもしれませんね。

**【中坪健康推進課長】** この公表につきましては、まず、どのような案件でも同じようなことをするんですが、リード文とか概要とかをA3の3枚ぐらいの紙に用意しまして、それでマスコミの各社のほうに、投げ込みというんですけれども、する形で行うとともに、それで夕方まで取材を受け付けまして、もし関心のある報道各社がありましたら、そこについて丁寧に説明するという流れで考えております。あわせてこちらの今日お配りした6-2に相当するものにつきましてはホームページ等で公開しますので、委員長がおっし

やられるように、これだけを見ても何もわからないと思いますので、そこについてはマスクミを通じてご説明していきたいなどは考えております。

【樋口委員長】 ありがとうございます。この報告書の内容について何かコメントがあれば、どうぞ。どなたか、ご遠慮なく。

【松田委員】 では、ちょっといいですか。

【樋口委員長】 どうぞ。

【松田委員】 今、田淵先生から報告があったように、東京都の一番の特徴としては、乳がんの患者さんがものすごく多いと。これについては、死亡の統計は昔からありましたので、死亡の統計ではずっと全国1位ではないですかね。そういうことがわかっていて、ある程度罹患が、精度がいい悪いというのはおいておいて、さかのぼり調査もしたということで、過剰評価の部分もかなり調整されていて、これより増えるということはあっても、あまり減ることはないのではないかとといった数値でいいますと、ものすごく乳がんになる方が多くて、死亡を見ると死亡も多いということであれば、例えば早期発見ができていないとか、治療を適切な医療機関に受療できていないとかという問題があるのではないかとというのがすごく見てわかるということだと思いますと、この報告書を発表して、次にこれが、数値が出ましたというだけではなくて、次のがん対策、第3期の計画もありますけれども、そこに結びつけるのをもう今すぐに考えなければいけないのではないかと考えております。

東京都のほうとして、もちろん何かほかを切り捨てるという意味ではないですけれども、胃がん・肺がんよりも、とにかく乳がんというのは大事に考えなければいけないと思うんです。このあたり、例えば原因を突きとめるというのはなかなか難しいと思うんですけれども、原因を突きとめる前に、例えばがん検診の受診に関して、検診の精度管理も行う。それから、何かそうした受診勧奨を行う。それから、何か乳がんの検診について、ガイドライン等に記載されていないことが行われていないか、調査するとか、このデータを出した途端にどうか、次はもう対策をしなければいけないということになると思うんですが、そういった準備といいますか、対策のほうを検討されているのでしょうか。

【樋口委員長】 お願いします。

【中坪健康推進課長】 コメントをありがとうございます。我々も、この乳がんの罹患が多いところについては、何か注目を浴びる点かなと考えておりますので、対策等についてはもちろん検討はしていきたいと思いますが、少なくとも、検診というか、予防という観点からいいますと、東京都におきましては、従来から、ちょっと国の補助金

がなくなってしまった乳がんの医師とか技師向けの精度管理の講習会については、引き続き今年度も従来どおりの予定で行うことで精度管理は徹底していきたいと思っておりますし、区市町村に対しましての精度管理、乳がんは比較的偽陽性率がもともと高いとか、いろいろありますけれども、そこについても従来以上に個別にコメント等をしていきたいなと考えておりますので、その要望のところについては従来以上に引き続き徹底して精度管理のほうをしていきたいと考えているところでございます。

【樋口委員長】 ほかにいかがですか。

【辻委員】 済みません、よろしいですか。

【樋口委員長】 どうぞ、辻さん。

【辻委員】 今と同じ乳がんのことについてなんですけれども、先ほどの資料3-1でも、都民の定義みたいなお話があって、都内にずっと住んでいらっしゃる方はそう多くなくて、出入りが激しいということをちょっとおっしゃっていたんですけれども、この乳がんにかかられたというのは、例えば東京都に住んだからなのか、それとも乳がんになって医療を求めて東京に来た人なのかとか、ちょっとその辺が気になりまして、疫学的に、東京都にいるから乳がんになるから東京都ではすごく乳がんの対策が必要なのか、それとも何かバイアスがかかっている、言い方がちょっとあれなんですけれども、都内のほうが医療があるから、求めていらっしゃる方がいるのかなという、その辺もちょっと気になるところで、私は世田谷区なんですけれども、さっき松田委員がおっしゃっていたように、乳がんがすごく多いから、乳がんの対策をどうするのだと言われたときに、このデータが、今はちょっと精度的にということを申し上げたので、すぐに使っているのかどうなのかなという、その辺が気になったんです。だから、もう一回言いますと、都民という定義で、都の中にいたから乳がんがこんなに例えばほかに比べて増えていると言ってしまうのか、それともまだそれについては今後のデータの管理とか、データ分析とか、そういうのを待たなければいけないのかというのがちょっと気になるんですけれども、その辺の精度としてはどうなんでしょうか。

【田淵地域がん登録担当課長】 先生のおっしゃるとおり、東京都民の実態というのが必ずしも明確でないということがありますので、このあたりの精度の高いデータというのは全国がん登録を待たなくてはならないだろうとは思いますが、しかし、他県での検討というのはありますけれども、そうすると、ある種の都市化現象、これは他県だけではなくて、世界的ないろいろなメタアナリシスの結果を見ますと、都市化と何らかの関係がある。

それから、社会経済学的な指標あるいは収入といった指標と関係がある。いわゆるハイソサエティーの人の集団の地域というのは、乳がんの集積性が高いといった報告も出ております。また、メタアナリシスでも、そのようなことが有意差をもって都市化と関連づけられています。罹患に関しては、そういうことが言われていますので、おそらく都市化ということと関係があるのではないかと想像はされます。ただし、個別の要因とか、乳がんのリスクの要因というのは、また別途、臨床疫学側としても挙げられていますように、エストロジェンの高値とか、そういうことがありますので、それがどのようにかかわってくるかという判断は難しいところですが、全体としての疫学データでは、都市化と何か関係があると。

それからもう一つは、都市生活ですと子供の数が少ないということで、合計特殊出生率が全国一少ないという東京と、一方では全国一高い沖縄というのは、乳がんの年齢調整罹患率は70以下だったと思いますので、そうすると大分差がつくということになります。順位では一番低いとは言わないんでしょうけれども、沖縄県はかなり低いほうで、東京都が一番高いということですので、そういう出生率の関係があるということは、出産しているかどうかということも関係があるのではないかと思いますので、それがどういう要因が絡み合っているというのは難しいですが、全体として見ると、都市というのは高いと。ただ、日本の都道府県の登録では、まだ都道府県の精度がばらばらということもありまして、都市イコール高いという形には必ずしもなっていない。例えば神奈川県などは、乳がんの率はかなり低いのですが、神奈川県の場合には、かなり多くの患者さんが東京を受診しているということもありまして、捉えられていない面がある。しかし、神奈川県などのデータですと、例えば比較的ハイソサエティーと言われている湘南地区あたりなどの乳がんの集積性が高いといった医学的な報告がございますので、そのあたりは関連性があるものだろうと思います。東京全体として見れば、やっぱり高いだろうと思います。これが、例えば地区別にこういう標準罹患比というものを見て比べればどうかという問題はありますけれども、人口データの整備ができ次第、こういう報告もしていきたいと思っております。

**【樋口委員長】**      ありがとうございます。

ほかに。どうぞ、新井先生。

**【新井委員】**      東京都医師会の新井です。今の乳がんのことについての印象なんですが、年齢調整罹患率は確かに東京は全国推計値よりもかなり高いということがありますが、1



2番目のスライドを見ると、年齢調整死亡率が少し下がってきているなという印象があるので、罹患率ないしは診断は多いんだけど、わりと頑張って治療はしているのではないかなということも言えるのかなと思って、今後のがん対策というのを今度考えていくときにその辺も考慮していただけるといいのかなといった印象ですけれども。

【樋口委員長】      ありがとうございます。

【田淵地域がん登録担当課長】      人口動態統計の場合には、これは死因ががんであるかどうかということであって、乳がんに関与していたかどうかということは必ずしも含まれていないので、直接の死因が乳がんであったということを反映しているということになります。ですから、もう先生は十分よくご存じのように、乳がんの生存率は比較的高いほうです。ただ、問題としては、乳がんは何年になってもどんどん生存率が下がり続けるということはありません。ただ、それが乳がんではなくなるのか、それともそれ以外の競合的なリスクでなくなるのかという問題はありますので、死因統計の見方というのも、そういうところを考慮する必要があると思います。

【樋口委員長】      ほかにいかがでしょうか。

それでは、5番のその他というところへ移りたいと思いますが、その他ということでは何か事務局のほうで用意しているものはあるのですか。

【田淵地域がん登録担当課長】      このような形ががん登録事業を進めてまいりたいと思います。今日の議論を踏まえまして、がん登録事業を粛々と進めてまいりますけれども、今年度、おそらくもう一回、年度末にはこのような運営委員会の場になるだろうと思います。毎年、年度末に行っておりましたので、今回はこの調子で行っていききたいと思います。その際には、次の年次の報告書ということでご報告させていただきます。今度は年度内にできるようにしたいと思っていますのでございます。データそのものもほとんどもう次の年次のものは完成している状況ですので、このままいけば、年度内というつもりでおります。

【樋口委員長】      ちょっと一言。個人情報の部分で議論がない程度に説明が適切だったんだろうと思いますけれども、がん登録については、法律が一応ありますので、個人情報保護法との関係でも、比較的曖昧なところがないというか、大丈夫なんですよということだと理解しましたけれども、先ほど個人情報の法務を担当しておられるという田中さんでしたか、このがん登録との関係で何か気になるところとか、どういうことでもいいんですが、コメントをいただけるようであれば……。

【田中委員】 改めまして、東京都の個人情報保護制度を所管しております田中でございます。今お話しただいて、まさに今日の報告でありましたが登録については、法令で個人情報の取り扱いについては特に本人の同意はなくてもという形で取り扱えるという厚生労働省の通知があるところなので、その辺においてはそのような取り扱いももちろん制度上はあり得るのかなと思っておりますけれども、若干気になっているところが1つあります。個人情報保護法というのは、ご承知かわかりませんが、基本的には民間事業者を対象としている制度でありまして、都立施設とか、公立施設というのはそれぞれの条例に基づいた取り扱いということになっておりまして、通常、法令よりも条例のほうが厳しい取り扱いを定めているケースが多うございます。こちらの厚生労働省の通知も、一番最後の文章の中に、資料では資料5-2の3ページ目、その他のところで、地方公共団体が策定する個人情報保護法条例が公立病院等においては適用される場所であるというところなんですけれども、この「法の趣旨に基づき適切な対応を」という、このあたりが果たして条例の適用をある程度緩和するという必要性があるのかどうかという、そのあたりの検討というものが必要なのかどうかというのは、ちょっと持ち帰る必要があるのかなと。というのは、実は資料5-1を拝見していた中で、地域がん登録の場合は、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために必要がある場合であって、かつ、本人の同意を得ることが困難である場合」を適応するということであるのですが、実はこれは法令上の定めはあるのですけれども、東京都の条例上では定めがこの部分にはないんです。ですので、その辺とのバランスがあるのかなというのはちょっと今日感じたので、またその辺は調べておきたいと思っております。

あと、実はもう1点、こういった個人情報を保護していかなければいけないという立場にある一方で、データの利活用を今後進めていくという、そこはある意味で相反するものがございます。利活用するに当たって、より有益な情報ほど個人情報に近づいていってしまうおそれがあるのではないかと。有益な情報として加工していくに当たって、個人情報をどこまで保護できるかという、その加工の仕方というものについてはかなり統計的な専門ノウハウみたいなものも場合によっては必要になってくるかもしれませんので、このあたりが、今後この委員会がそういった役割を担うということになってきますと、非常に責任も重たくなってくるのかなということをちょっと認識いたしまして、このあたりもまたご専門の樋口先生などを含めていろいろご意見なども伺いしながら、適切な取り扱いが進められればと思ったところでございます。

済みません、ちょっと取りとめがないような意見になってしまいました。

【樋口委員長】 いえいえ、貴重なご指摘だと思います。今おっしゃってくださった資料の最後の4のその他のところで簡単に触れているけれども、その前のページで、民間の医療機関の場合、(1)、(2)、(3)という形で、多分ナショナルセンターみたいな病院の場合、国立病院の場合、独立行政法人等に該当する場合は、それぞれがん対策基本法の9条1項とか、8条1項とか、ちゃんと条文の根拠を挙げて、例えば東大病院とか、そういうのは全部こうなんだけれども、あと都立病院についてはこのその他のところで勝手にやってくれということなんです、これ。

【田中委員】 そのように何か見えてしまいますよね。

【樋口委員長】 ほんとうに困ったものですね。

【田中委員】 ええ。ちょっとここはどうなんだろうかとこのところでは。

【樋口委員長】 なるほど。しかも、一般論として、ちょっと時間をとって恐縮ですけども、次の研究倫理指針の見直しのところで今度はどうなったのかというので、これがスライドの2というのかな、2枚目のところへ用語の定義の見直しというので、今度は個人識別符号というので、これでゲノムデータの少なくとも何かしらが含まれるというので、ゲノムデータが研究に一切利用できなくなるのではないかと、そういう研究者はすごく慌てているんですよ、ほんとうは。それから、要配慮個人情報に病歴が入り、それから匿名加工情報のところで、これがビッグデータだったら匿名加工情報というのがまさにそのものなのに、「当該個人情報を復元することができないようにしたもの」としているでしょう。これは、病気とか医療の関係では、こうやって追跡をできないと意味がないので、5年生存率であれ何であれ、これを絶対復元してはいけないというのでは、何のためにこれをつくっているのかという感じがあって、ほんとうに理解できないところが多いんですよ、私などもほんとうに。しかし、いろいろな形で、このままでは、動かないままではちょっと困るでしょうから、何らかの形で対応はなされるのだろうと思いますけれども、またご教示願えればと思います。

一応議事はここまでということになっているんですが、どなたでも、何か言い忘れたこととか心残りというのは何かありますか。全然ないですか。どうぞ。

【辻委員】 済みません、2つ聞いてよろしいでしょうか。今度、国のほうのがんの登録が始まるということで、新しいデータという形になるかと思うんですけども、これまでのデータとこれからのデータは比較可能なんだろうかとこのところでは。と申し

ますのは、多分自治体等では、対策が成功したかどうかというのは、前のデータと比べてよりデータがよくなったというのを見ていますので、そういう比較を今後していけるのだろうかというのが1点。

もう1点が、現在の対策型検診というのは、ご存じのとおり、死亡率の減少に寄与したかどうかという形の見方をしているんです。今後こういうがん登録等が始まった場合に、そういった同じような形で検診の評価をするのかどうなのかというのがちょっと気になるんですが、いかがなものなのでしょうか。

【樋口委員長】       どうぞ。

【田淵地域がん登録担当課長】       まず、地域がん登録と全国がん登録の比較可能性ということですが、当然のことながら、地域がん登録でのデータの処理・解析の仕方と全国がん登録での方法というのは違いがあります。したがって、例えば地域がん登録での件数よりも全国がん登録の件数が、極端な話、下がってしまうということもあるのではないかと推測されています。

実際、現在、全国レベルでは2013年のデータが今後出てくる可能性があるのですが、それにつままして、そういうことが、地域がん登録のデータを全国がん登録方式で整理し直すという作業が行われています。その状況の中では、そのようなずれが生じているということが観察されています。

実際、この地域がん登録のデータをあらかじめ全国がん登録方式で整理し直すということで、全国がん登録がほんとうに始まった段階で、そういうことのずれの緩和を図るという狙いもありますので、国では、地域がん登録のデータをなるべく速やかに全国がん登録管理に移すようにという指示をいただいております。東京都でもそのような対応をということで、現在、地域がん登録データを全国がん登録のシステムに移行を続けているところです。ですので、ご指摘の点のご心配どおりのことが実際に発生しているということになります。

それから2番目の点で、これまでは死亡を中心とした対策ということですが、それはなぜかという、死亡データしかなかったからということになります。罹患データがきちんと安定して出てくるようになれば、罹患を用いた指標に徐々にも取り入れられてくるのではないかと思います。これは、疾患によって予後のいいがん、予後の悪いがんによって扱われ方が違って来るかとは思いますが。

【樋口委員長】       ほかにいかがでしょうか。どうぞ、内野さん。

【五嶋委員代理（内野氏）】 済みません、ちょっと1点だけ資料の確認をさせていただきたいんですが、資料6-2の13ページなんです、3番目のさかのぼり調査対象期間のところが「2017年7月1日から2017年2月28日まで」となっているのですが、これについて。

【田淵地域がん登録担当課長】 失礼いたしました。これは「2016年7月1日から2017年2月28日」の誤りでした。謹んで訂正いたします。ご指摘、ありがとうございます。

【樋口委員長】 ほかにはいかがですか。どうぞ。

【浦野委員】 既にご説明いただいているのかもわからないんですけども、東京都のがん登録と全国のがん登録の関係で、いずれは全国のほうに移管されるといった受けとめでいいのかどうかというのが1点。

あとは、全国システムに移行したときには、先ほどの情報公開などの関係で、東京都さんに公開してほしいといったデータが、実は患者さんのデータというのは違うところに住んでいる人だったり、複数の病院にかかっているような人だったりすると、どこが責任を持って情報を管理しているという場所になるのかなというのをちょっと思ったんですけども、その辺はどうなんでしょうか。

【田淵地域がん登録担当課長】 ご指摘のとおりでございます。地域がん登録の部分につきましては、その地域がん登録で届出を受けたところでしか扱えないような仕組みという形で、正確に申しますと、全国がん登録システム都道府県データベースという形で、地域がん登録のデータと全国がん登録のデータを分けて管理できる仕組みになっています。したがって、今ご指摘の点は法的にきちんと管理されているということになります。おっしゃるように、他県を受診する、あるいは他県に移動するということがあると思えますけれども、それは地域がん登録の部分ではそれぞれ別個に扱われています。それぞれの都道府県で扱うという形になります。ただ、それですと、今度はデータとしては正確でなくなるという欠点がありますので、全国がん登録になりますと、それが都道府県を越えても同一であるということがしっかりとつかめるようになるということになります。

【樋口委員長】 いかがでしょうか。どうぞ。

【松田委員】 少し興味本位で、あまり本質と関係ないかもしれないんですが、今の資料のスライド6枚目、届出票医療機関種別というところで、2012年の届出票の届出件数は、大体9割が拠点からの届出となっております、これは真実は逆にがん登録の数が

きちんとわからないと何とも言えないと思うんですけども、大体東京都の感覚として、患者さんの拠点病院でのカバー率は9割ぐらいというのは、このぐらいで肌感覚としてびったりしているのか。それとも、そういう以外の病院からの届出が2012年にはないためにこういう数値になっていて、真のカバー率数という意味でいうと、例えば8割、7割ということなのか、どちらの感じのほうがりっくりくるのでしょうか。

【田淵地域がん登録担当課長】 これは実際に全国がん登録が始まってみないと何とも言えないところですけども、率直に言いますと、届出件数に比べて実際の罹患数は大体届出件数の半分近くになってしまいます。つまり、1人の患者さんが2医療機関を受診するという傾向になっています。この分布を見ますと、2医療機関を受診する人が最も多い。1件よりも2件の方が多くて、その後3件、4件、5件とだんだん増えて、7～8件という方も少なからずいらっしゃいます。いわば、先生方のお言葉でいえば、ポワソン分布といった形で示されます。これは今日示そうかと思ったんですけども、ちょっと趣味的なもので出さなかったんですけども、そのような形で複数の医療機関を受診している患者さんは今非常に多いというのは実態です。

【樋口委員長】 それで、その中で、拠点病院に行くのも当たり前と。

【田淵地域がん登録担当課長】 とうか、だから、その複数受診しているのは、地域の病院と拠点系の病院という形になるかと思います。その分布の図は、先生のおっしゃるとおりですので、ちょっと後で集計してみたいと思います。

【樋口委員長】 いかがでしょうか。

それでは、本日の議事は一応全て終了いたしましたので、今日はここまでで閉会とさせていただきます。ありがとうございますけれども、これは課長さんから何か一言ありますか。

【中坪健康推進課長】 本日は長時間にわたり活発なご議論をありがとうございました。

最後に、こちらの資料はすごく重いと思いますので、こちらの配付資料につきましては、そのまま置いていただければ郵送させていただきますので、机の上に置いていただければと思います。

また、都庁に車で来ていらっしゃって駐車場を利用された方につきましては、駐車券をお出しいたしますので、事務局のほうにお申し出いただければと思います。

事務局からの連絡事項は以上でございます。

【樋口委員長】 それでは、長時間にわたってご協力いただき、ありがとうございました。今日はここまでといたします。ありがとうございました。—— 了 ——